

11226
201. 104



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 75

CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD DEL MEDICO FAMILIAR

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. RICARDO JAIME JASSO RAMOS



FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I	INTRODUCCION
	1. - Antecedentes Científicos
	2. - Planteamiento del Problema
	3. - Objetivos
	4. - Hipótesis
II	PROGRAMA DE TRABAJO
	1. - Universo
	2. - Muestra
	3. - Criterios
	4. - Grupos
	5. - Recursos
	6. - Técnica
	7. - Calificación
III	RESULTADOS
IV	TRATAMIENTO ESTADISTICO
V	ANALISIS DE LOS RESULTADOS
VI	CONCLUSIONES
VII	ANEXO
VIII	BIBLIOGRAFIA

INDICE

I	INTRODUCCION
	1. - Antecedentes Científicos
	2. - Planteamiento del Problema
	3. - Objetivos
	4. - Hipótesis
II	PROGRAMA DE TRABAJO
	1. - Universo
	2. - Muestra
	3. - Criterios
	4. - Grupos
	5. - Recursos
	6. - Técnica
	7. - Calificación
III	RESULTADOS
IV	TRATAMIENTO ESTADISTICO
V	ANALISIS DE LOS RESULTADOS
VI	CONCLUSIONES
VII	ANEXO
VIII	BIBLIOGRAFIA

CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD DEL MEDICO FAMILIAR

INTRODUCCION

La sociedad humana ha cuestionado en las últimas décadas, todas las teorías con las que el hombre ha tratado de explicar claramente su existencia, actualmente estas han sido puestas en duda. Entre esas nociones ninguna ha sido más analizada que la moralidad sexual conocimiento que apenas hace treinta años antes parecía una gufa en la vida humana.

Toda la atención charlatana con la que hacemos ruido entorno de la sexualidad desde hace dos o tres siglos, está dirigida a una preocupación elemental; asegurar a la población, reproducir la fuerza de trabajo, mantener en forma las relaciones sociales en síntesis, - montar una sexualidad económicamente útil y políticamente conservadora.

Si bien, en cuanto a una importante rama de actividades y disciplinas humanas ostentamos un sólido progreso, respecto a otras, vivimos en una oscura Edad Media. Nuestro tiempo es la Edad Media del sexo.

El ser humano se encuentra viviendo en contradicciones y

su esencia se balancea entre avances y retrocesos, frustraciones y gratificaciones, un presente teñido del pasado con las expectativas de un futuro. La persona no puede ser atendida mecánicamente. Su estructura interna como el contexto en que se desarrolla, están en constante cambio y movimiento, siendo el producto de esta interrelación-- un factor importante para la integración de la personalidad y la forma que la sexualidad adoptará.

El hombre es un ser vivo sexuado, condición que lo caracteriza psicológicamente y socialmente desde la infancia. Estamos ahora comenzando a observar que gracias al descubrimiento que de él tenemos, el sexo ha sido nuestro desconocido sueño, desde que el hombre es hombre. Sabemos ahora la decisiva importancia que tienen los estudios sexológicos serios del presente para la obtención de la autodeterminación que, a nivel personal o colectivo, es la gran meta del presente de estos seres que ahora somos.

A estas alturas de la historia, en que el sexo ha dejado de ser un tabú para convertirse en un artículo de consumo, es cuando resulta más necesario que nunca abordar con estricta responsabilidad el análisis sistematizado de la sexualidad y los casos clínicos concretos reclaman la ayuda de la medicina. Si bien es cierto, que la sexología debe su importancia a la forma en la que la sexualidad colorea la-

vida y el hecho de que esa sexualidad está matizada por fenómenos psicológicos, sociológicos, económicos y políticos, también es innegable que el médico es el profesionalista más directamente implicado.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El sexo es tan inherente al hombre, que la sexología nace cuando el hombre aparece en la faz de la tierra. Desde que surge el género humano, el aspecto sexual tuvo gran importancia en su vida diaria, claramente se observa esto al formarse los grupos humanos. (1, 2, 3, 4, 5 y 6).

Primeramente hubo un estado promiscuo, en el cual imperaba en la tribu el comercio sexual generalizado; de tal modo, que cada mujer pertenecía igual a todos los hombres y cada hombre pertenecía igual a todas las mujeres. Posteriormente se forma la familia con sanguínea. En esta los grupos conyugales se clasifican por generaciones, todos los abuelos y abuelas son esposos entre sí; lo mismo sucede, entre los padres y los hijos de estos, forman la tercera generación; en este grupo los padres y los hijos son los únicos excluidos de la actividad sexual. Evolucionan los grupos humanos y aparece la familia punalua; en este tipo de familia se excluyó a los padres y a los hijos del Comercio Sexual recíproco, el segundo fué excluir a los hermanos. En esta etapa, las relaciones sexuales estaban dadas en grupos; en ningún momento, se puede saber quién es padre de la criatura, la descendencia sólo dá por línea materna. La familia sindiásmica se ca

racteriza por matrimonio en grupos, pero, ya formándose parejas para un tiempo más prolongado. El hombre tiene una mujer principal entre todas sus mujeres y ella tiene un hombre principal entre todos los demás. En este tipo de unión se da la prohibición entre familiares consanguíneos; se introduce en la familia al verdadero padre, se da el derrocamiento materno, la derrota histórica del sexo femenino con la división de trabajo, el hombre se vuelve proveedor y la mujer se vió degradada, convertida en la servidora, en el objeto sexual del hombre. - en un simple instrumento de reproducción. Este tipo de relación señala el cambio del matrimonio sindiásmico a la monogamia. La familia monogámica se funda en el predominio del hombre, su fin expreso es de--procrear hijos cuya paternidad sea indiscutible. La familia monogámica se diferencia de la sindiásmica por una solidez mucho más grande - de los lazos conyugales; ahora, sólo el hombre como regla, puede rom--per estos lazos y repudiar a su mujer, también se les otorga el dere--cho de la infidelidad conyugal y aparece la esclavitud disfrazada. En la actualidad conserva todavía éste carácter y de ninguna manera es pro--ducto de amor sexual, siendo ahora lo material el móvil de los matri--monios. Fué la primera forma de familia que no se basa en condicio--nes naturales, sino económicas y concretamente, en el triunfo de la --propiEDAD privada sobre la propiedad común primitiva. (1).

Por lo tanto, la monogamia no aparece de ninguna manera

es la historia, como una consolidación entre el hombre y la mujer y -
menos aún como la forma más elevada del matrimonio. Por lo contra-
rio, entra en escena bajo la forma de esclavizamiento de un sexo por
el otro, como la proclamación de un conflicto entre los sexos, desco-
nocida desde entonces por la historia. (1, 2 y 8).

Dentro del contexto histórico de nuestro país, la sexuali-
dad tiene bases para que la sociedad actual actúe de una manera especí-
fica. Es el producto del proceso histórico que se dió a través de la his-
toria. Si nos remontamos a la antigüedad los Mexicanos practicaban dos
tipos de familia, de acuerdo al estatus que tenían en la sociedad, sin -
diásmica para las clases poderosas y monogámicas para el pueblo, con
autoridad patriarcal. Durante la conquista se da un fenómeno caracte-
rístico, dado por tres elementos; el primero de ellos, el conquistador
un Español agresivo, soberbio, amo y héroe; todas estas característi-
cas dan un nombre con fuerza masculina, con capacidad de conquista -
y predominio social; el otro, la mujer indígena, que es devaluada, re-
ducida a objeto de conquista, su intimidad es hundida y profundamente
violada; dando como contraste, el hombre, masculino, activo y supe-
rior, y el de la mujer, femenina, pasivo e inferior. De ésta relación,
nace el tercer elemento que es el mestizo, mismo que crece bajo el
estigma del desamparo y el abandono paterno, porque, analizando la
situación de ser el producto de la mujer conquistada acude al auxilio-

de ésta formándose una intensa relación madre-hijo y escasa o nula relación padre-hijo. Este hijo, aprende las técnicas utilizadas por el padre, superándolo en ocasiones utilizándolas para burlarse de ese padre violento, agresivo y esporádico. (2, 5 y 6).

Esta situación se da hasta nuestros días, cambiada por ciertos rasgos, pero siempre pincelada por ese matiz que se le dió -- desde la conquista. Este fenómeno social estuvo influenciado por un ambiente religioso, elemento importante en el contexto social que utilizó todos los elementos posibles para que se diera una relación monogámica, apoyado siempre por las clases en las cuáles se encontraba el poder. Esta adquirió valores tan altos que se adjudicó posteriormente el poder de enjuiciar y ejecutar sobre delitos de índole sexual. Esta fué la santa inquisición. Tomando en cuenta que la sociedad es fundamentalmente judío-cristiana; recordemos como antecedentes, que en el antiguo testamento, de treinta y nueve crímenes que se pagaban con la pena de muerte, dieciocho tenían que ver con la sexualidad por lo que, es indudable que éste sentir ha sido incorporado a nuestra cultura (2, 5 y 6).

La estructura de cualquier sociedad está constituida por dos niveles articulados entre sí. Uno de ellos, es la infraestructura o base económica, formada por las fuerzas productivas y las relaciones

de producción; el otro lo constituye la supraestructura con una instancia jurídico-política y con la ideología. Esta última tiene su expresión concreta en los aparatos ideológicos del estado, que son las instituciones que nos gobiernan, como son, la iglesia, la familia, la educación, el estado y los medios masivos de comunicación. Estas instituciones sociales, son sistemas organizados al rededor de un problema central de la existencia social y soportados por sistemas de valores. - - (12).

El estado de la clase dominante, es el encargado de salvaguardar la propia ideología dominante, y que sea ésta la que propague en los distintos aparatos ideológicos. Es conveniente diferenciar entre los aparatos ideológicos del Estado y el aparato represivo del mismo; éste último, funciona mediante la represión, mientras que los aparatos ideológicos lo hacen a través de las ideas. No existe aparato puramente ideológico, ya que existen formas de castigo en las diferentes instituciones. (8 y 9).

El hombre al nacer encuentra una sociedad estructurada, conforme a un modo de producción específico, donde están establecidas las condiciones de vida, la forma en que debe relacionarse y las actividades que debe desempeñar. Desarrollándose en un contexto específico, en el que la conducta sexual va a estar dada por la conduc

ta general, que está sostenida por un conjunto de sistemas de ideas, -- normas, valores y representaciones que dominan el espíritu del grupo social, denominado ideología. (8 y 9)

Toda formación social, constituye una totalidad orgánica que tiene tres niveles: el económico, el político y la ideología o las -- formas de conciencia social. La ideología está formada por diversos -- elementos como son; las imágenes, las representaciones, las actitudes, las normas y los valores, los cuales aisladamente no constituyen la ideología. Está es un sistema donde la relación de sus elementos es establecen su propósito, la forma en que se combinan, es lo que le da su función y sentido. Durante el transcurso de la historia, con sus diversos modos de producción y según las clases sociales, las diferentes regiones de la ideología, religiosa moral, jurídica y filosófica, adquiere con una determinada relevancia. (11 y 12).

La ideología es una falsa representación de lo real, necesariamente orientada y tendenciosa, porque su fin no es el de dar a -- los hombres un conocimiento objetivo de su realidad, sino ofrecerles -- un mundo oculto de explotación al cual ellos deben de incorporarse. -- Encontramos que existe tanto una ideología dominante como una dominada, donde la dominante va a representar las ideas de las clases dominadas.

La función de la ideología es servir formalmente como marco de control social. Asegura el dominio de una clase social sobre la otra, haciendo aparecer éste predominio como legítimo, basado en sistemas axiológicos, o sea, designios divinos, leyes naturales o cuestiones del deber ser. Así sirve a los hombres no sólo para vivir sus propias condiciones de existencia, sino para realizar las tareas que le son asignadas, para soportar su posición social; lo que orientará la reproducción y perpetuación del sistema.

No podemos sustraernos a la influencia ideológica que la televisión tiene en nuestros días, ya que para muchos niños ésta es una ocupación que les lleva la mayor parte de su tiempo donde adquieren pautas específicas de la conducta sexual. Ahí los adultos encuentran reflejada su charla privada, distorsionada, por el deseo y la ansiedad. Ahí encuentra sus deseos y fantasías reprimidas convertidos en series audiovisuales que cierran un círculo de alineación. (6, 8, 11, 12 y 15).

La sexología, como cualquier otra ciencia en desarrollo tiene que luchar permanentemente con ésta falsa representación de las relaciones sociales, a sabiendas de que sobrevivirán juntas dado que el objeto de la ideología dominante es la distorsión del conocimiento objetivo de la realidad. Es a través del proceso de socialización

que la sociedad presiona para que los individuos se comporten de una manera determinada y quiénes se salen de las pautas establecidas, " sufren de fuertes presiones sociales encaminadas a controlar la conducta, vamos a hacer "normal" al individuo. (6, 8, 11, 12 y 15).

Pero la sexología no ha nacido de la noche a la mañana, " ha tenido un desarrollo difícil que debe mucho al quehacer histórico-social y a los trabajos de muchos investigadores, que desde diferentes ángulos han formado nuestro concepto de sexualidad. Dos médicos de orientación psiquiátrica, Sigmund Freud y Haverlock Ellis -- los iniciadores. Luego sobrevino la popularización de algunas ideas de los clásicos "Consejos Matrimoniales" de Van de Valde. Se dio -- más tarde la importantísima investigación sociológica de Kinsey y -- también la realizaron Margaret Mead y Malenowski a nivel antropológico: una comprobación de la sexualidad varía según la cultura de cada grupo humano y que no es inmutable. Igual de valiosa ha sido la -- contribución de los Doctores Ford y Beach sobre las bases biológicas de la sexualidad. Los escritores Wilhelm Reich también son fundamentales con los conceptos de la economía sexual. Pero sin duda lo más -- revolucionario y audaz de todas las investigaciones ha sido las llevadas a cabo por los Doctores Williams Masters y Virginia Johnson. Su caso es de una pareja interdisciplinaria, un médico y una psicóloga, -- que se atreven a estudiar en una forma innovadora la fisiológica de -

la respuesta sexual humana.

También reconocemos a John Money por sus trabajos sobre determinación y diferenciación sexual. La Doctora Kaplan que busca de perfeccionar de manera más realista la terapia de clínicas sexuales y de forma muy destacada la ideología feminista que probablemente han aportado el punto de vista más radical sobre la materia.

Todos estos investigadores aportaron conceptos básicos sobre la materia los cuales expondrán en los párrafos siguientes:

Primeramente empezaremos por conceptualizar lo que es sexo, es el conjunto de características biológicas que diferencian a los seres vivos en masculino y femenino. Esta, definición solamente está sujeta a las características biológicas, es decir las características dadas por la fórmula cromosómica, más específicamente por los cromosomas sexuales el X y el Y, que al combinarse XX darán un miembro femenino y XY a un masculino. (3, 10 y 16).

Si se entiende que la sexualidad es la manera en que se manifiestan los humanos como seres femeninos, masculinos o variantes de estos, como manifestaciones que incluyen los aspectos biológicos y sociales, vamos a encontrar que en estos últimos la conviven-

cia lleva al ser humano a compartir concepciones y creencias sobre lo que es bueno o malo, aprobando y sancionando las conductas que con respecto a hechos valorados que se suceden en un tiempo y lugar determinados. (16).

Otro término que debe ser analizado es el de normalidad en sexualidad. Vamos a encontrar palabras que sólo en parte nos determinan descriptiva o valorativamente el término buscado, tales como: usual, acostumbrado, frecuentemente, apropiado, bueno, extenso, natural, sano y correcto, etc. Lo anterior nos lleva a pensar que el concepto de normalidad en sexualidad está condicionado por el lenguaje que el ser humano utiliza con respecto al mundo que lo rodea en un determinado tiempo y lugar. Desde el punto de vista normativo, podemos decir que en todo momento histórico y en cada sociedad los valores compartidos y aceptados constituyen el núcleo de la sociedad y su ética. De estos valores derivan las reglas o normas a seguir en una sociedad determinada, misma que existirán diferentes en cada grupo y clase social y de acuerdo al momento histórico por el que cursé. Desde el punto de vista estadístico lo normal es aquella conducta que se encuentra o sucede con mayor frecuencia, pero esta percepción nos parcializa el concepto, ya que nos aporta simplemente algo aritméticamente verificable. Se sabe que millones de personas comparten vicios, no convierten estos vicios en virtudes, por lo tanto queda inva

lido este concepto. De acuerdo a lo anterior el concepto de normal en sexualidad es relativo y cambiante con respecto al marco referencial, cultural, geográfico y dado que el hombre transforma al mundo que lo rodea y se transforma asimismo, durante su proceso de desarrollo, ubicaremos el concepto de normal como una categoría histórica. (10, 13 y 14).

La sexualidad es una parte de la identidad, una de las -- necesidades humanas que se expresa a través del cuerpo; es el ele-- mento básico de la feminidad y masculinidad, de la autolmagen de -- la autoconciencia del desarrollo personal; es parte del deseo para la satisfacción personal. Estimula las necesidades de establecer rela-- ciones interpersonales significativas con los demás. Un niño no ad-- quiere las características del pensamiento concreto, aproximada-- mente seis años y ha pasado por las estructuras del pensamiento pre-- vias; esto permite al niño ir comprendiendo el mundo de distinta ma-- nera. (14).

El desarrollo psicoactivo tiene características diferen-- tes. El paso de una etapa a otra es muy lento y con movimientos osci-- lantes. Estas irregularidades si bien son parte del desarrollo natural, cuando no se deja llevar su propio ritmo de movimientos pueden obsta-- culizar otras áreas de desarrollo, indiscutiblemente estos están en re

lación con la capacidad del niño para tolerar la frustración y de la relación que tenga con sus padres. (3 y 4).

Las condiciones socioeconómicas son de gran importancia por las implicaciones que pueden tener sobre el desarrollo en todos los sentidos, incluyendo la expresión de la sexualidad. La problemática de vivienda y trabajo son esenciales, sobre todo si se trata de una ingerencia de sexualidad. La sobrepoblación de los barrios populares, la miseria con hacinamiento llevándolo a un más alto grado, donde padres e hijos duermen en el mismo cuarto, sino a veces los niños comparten el lecho conyugal, crea una serie de contradicciones inconciliables entre educación y medio ambiente.

Lo anterior nos facilita el ubicarnos dentro del contexto general para poder explicar las etapas por la que pase el ser humano del punto de vista de la sexualidad, estas están divididas en forma arbitraria, pues todos sabemos que el desarrollo varía según cada individuo en cuanto ritmo, velocidad y características particulares.

Al nacer un niño tiene la clara conciencia de sí mismo, es decir, aún no posee una diferenciación ni una integración de su yo. A través de sus sentidos descubre el mundo que lo rodea. De acuerdo a las personas que lo rodean, desarrolla el concepto de sí mismo. To

do esto va a imprimir la identidad de género y formarán la estructura sexual de la personalidad. El éxito en el niño es confianza fundamental, la cual resulta de efecto y de satisfacer necesidades; en contra del fracaso que ocasiona desconfianza, que resulta del abuso constante del abandono, privación del amor, destete prematuro o violento y aislamiento. El niño va descubriendo su esquema corporal, descubre su pie o su mano, así descubre sus órganos genitales. La reacción de los adultos ante este hecho, otorga un valor a determinadas partes del cuerpo del niño. El sexo de asignación y la aceptación paterna del sexo biológico del hijo son de suma importancia en la identidad sexual de este.

Posteriormente en la etapa de un año y seis meses a tres años se logra una mejor diferenciación del yo con respecto del mundo exterior. El niño ve al yo como una persona con derecho propio, pero aún dependiente. El fracaso ocasiona vergüenza y duda, se siente inadecuado. Duda el yo, restringe las habilidades fundamentales del aprendizaje como caminar, y hablar. Asimila las actitudes y valores de las personas que lo rodean. En esta etapa controla sus esfínteres y es el mejor momento para enseñar las partes de su cuerpo. Hay una gran curiosidad entre las diferencias anatómicas de él con respecto a las niñas y los adultos. Alrededor de los dos años se determina la identidad sexual o sea el niño siente si es hombre o mujer.

Entre los tres y cinco años la diferenciación del yo se hace completamente clara, la lógica de ésta etapa es la intuición. Hay ya una iniciativa, imaginación viváz; prueba vigorosa de la realidad; imita a los adultos, prevé roles. También se crea sentimientos de culpa, celos infantiles, complejo de castración, con la frustración la curiosidad del niño se manifiesta continuamente. La exploración de su cuerpo lo lleva a descubrir que ciertas partes de él, le producen sensaciones placenteras así, aparece la masturbación infantil. Se presenta en los dos sexos, aunque es más clara en el varón. Su significado es diferente a la que se presenta durante la adolescencia y la vida adulta, y sirve para integrar y conocer su autoimagen. En esta etapa se crea complejo de edipo que va a estar en íntima relación para la identificación de su parte, es decir, incorpora pautas de conducta, características, motivos, intereses de él como la imagen que la pareja tenga del otro. De este modo aprende su rol o papel sexual y siente la satisfacción o no de su identidad femenina o masculina. Esta etapa se caracteriza por hacer preguntas más específicas sobre sexualidad.

Entre los seis años y antes de la adolescencia, el pensamiento ya es de tipo concreto. Tiene sentido del deber y del logro, desarrolla capacidades intelectuales y sociales, intenta tareas verdaderas, sitúa la fantasía y el juego en mejor perspectiva. El fracaso oca-

siona en esta etapa sentimientos de inferioridad; manifestados por rivalidad, se siente condenado a la inferioridad, puede conformarse con una conducta esclavizada y sentido de futilidad. Ya hay una clara diferenciación sexual. Se forman grupos del mismo sexo. El niño asume claramente su rol, asume y acata las normas establecidas. El pensamiento es lógico y concreto. Analiza ya cuestiones contradictorias de la sexualidad. Al final de esta etapa se empieza a preguntar sobre -- los cambios puberales; lo que le produce inquietud y miedo, por lo -- que una adecuada información sexual le será de gran utilidad. (3, 16, 18, 19 y 20).

La adolescencia se caracteriza por búsqueda de autonomía, su independencia y su propia identidad, hay una rebeldía ante todo lo que implique autoridad. Es el inicio del pensamiento abstracto, esta época está matizada por múltiples cambios, tanto de su pensamiento y su constitución física por la aparición de la pubertad. Hay una identidad del ego, los éxitos ocasionan seguridad de sí, búsqueda del aprendizaje, seguimiento del líder con un compromiso ideológico. El fracaso ocasiona confusión del rol, confusión ante la autoridad y los valores. Hay una preocupación por el tamaño de los genitales y los senos, la menstruación, estatura, impulsos sexuales, siempre en comparación con los amigos. Nacerán sentimientos bisexuales, los cuáles le crearán confuciones. Al haber un incremento de los im-

pulsos sexuales, el joven descarga estos por medio de la masturbación que aparece como una parte normal de su crecimiento y desarrollo psicosexual. Se acompaña de todo tipo de fantasías. Esto no le crea ningún daño físico o mental la excepción que le provoque fuertes sentimientos de culpa. Los conflictos bisexuales son parte del desarrollo del adolescente, sirve para conocer su identidad sexual. La actividad sexual es frecuente por lo que no pueden ser considerados como preambulo de homosexualidad. En el momento que el adolescente asimila los cambios ocasionados por la pubertad, se interesa cada vez más en el otro sexo. A través de sus fantasías ensaya su rol a seguir. Por la relación que se da con sus demás miembros del mismo sexo, se da cuenta que la atracción sexual y el deseo son hipervalorados a nivel social.

Entre los dieciséis y diecinueve años el adolescente empieza a tomar decisiones trascendentales. Se reafirma su identidad sexual al relacionarse con el sexo opuesto. Hay madurez biológica pero no psicológica y social. De acuerdo al esquema conceptual referencial el individuo canalizará su impulso sexual, como es la masturbación, abstinencia, caricias sin llegar al acto sexual, recurrir a la prostitución, relaciones pre-maritales o a un matrimonio precóz. El adolescente forma su escala de valores y lucha por tener una independencia social y familiar. (3, 4, 18, 19 y 20).

Posteriormente pasa a una etapa que es llamada como ju ventud, donde el individuo adquiere la mayor conciencia interpersonal y psicosexual. Nace la capacidad de integrar el yo a otros, le es posi ble la verdadera genitalidad, mutualidad del orgasmo genital. La --- frustración ocasiona aislamiento, evita con esto la intimidad, conduc ta promiscua, repudia, aísla. Las relaciones sexuales pre-maritales se dan en casi todos los varones y actualmente, en un mayor número de mujeres. Hay jugueteo sexual mutuo, la masturbación se puede con siderar como común en ambos sexos. (3 y 4).

En la edad adulta, la generalidad de los individuos ya es t^{án} casados o algo equivalente, hay ajuste de roles con mayor respon sabilidad económica y social. En esta etapa ocasiona productividad, - crea para el yo y para otros es orgullo y placer la paternidad, guía la nueva generación, La frustración lo hace egocentrico, no productivo, - con un excesivo amor así mismo y autoindulgencia. Hay permiso so--- cial para una vida sexual activa. El reajuste sexual se lleva a cabo. La aparición de problemas de relación de la pareja y la ansiedad en cuanto al desempeño sexual, es frecuente en ambos sexos. Si el caso de que - no hubiera matrimonio o equivalente el individuo continuará canalizan do su impulso sexual como lo realizó durante la juventud. Existe en es ta etapa el instinto material; al embarazarse declina el erotismo en -- las parejas. El deseo sexual en el hombre parece ser mayor, debido a

factores socioculturales que han obligado a la mujer a reprimir su expresión sexual, por esta razón ella descuida el rol de compañera y Amante. Al haber una insatisfacción sexual de la pareja, busca nuevo elemento para su satisfacción sexual, como es la masturbación, coito anal o relación orogenital y si esto no da resultado repercute en relaciones extramaritales por parte de ambos sexos, en esta sociedad la generalidad es en el varón; posteriormente la pareja cae en una rutina y la falta de renovación sexual ocasiona una disminución de la actividad sexual.

Se habla de una deserotización hacia la mujer madre por parte del hombre, debido a una educación en la que se ve el sexo únicamente unido a la reproducción. Se da una mayor actividad extramarital. Normalmente los hijos ya están en etapa de adolescencia, enfrentándose así a una sexualidad de los hijos y la propia. (3, 4, 18 y 19).

Se entra a una nueva etapa entre la quinta y la sexta década de la vida. Hay una integridad, se aprecia la continuidad del pasado, presente y futuro, ha aprendido a cooperar con las cosas inevitables de la vida. Se siente completo. Por lo contrario un fracaso ocasiona desesperación, no halla sentido a la existencia humana, ha perdido la fé en sí mismo y en los otros; desea una nueva oportunidad de vivir con mas ventajas; no comprende el orden del mundo o el sentido espiri

tual, no acepta la muerte como un hecho natural. Esta etapa se caracteriza por influencias importantes, como es la represión social en cuanto una persona de mayor edad demuestre su interés sexual. También por aspectos biológicos, como la disminución de la potencia sexual. La crisis inicial de temor a la vejez en una sociedad orientada hacia la juventud como valor; lo que dificulta al adulto maduro de expresar sus impulsos y sentimientos sexuales. La viudez o la enfermedad pueden complicar aún más esta situación, especialmente a la mujer, ya que el hombre se le permite más libertad social. La menopausia hace su aparición y al analizar que su función reproductora y ver que sus hijos la abandonan, toma una actitud negativa o por lo contrario si su valor como mujer no está concentrado en la maternidad, puede aumentar su deseo sexual ya que la fuente de su temor hacia el embarazo ha desaparecido. El hombre busca a compañeras de menor edad, buscando conservar su juventud y demostrar a los demás que es un es atractivo y sexualmente activo.

Contrariamente a lo que pensaba, en la vejez persiste el interés sexual, ya que el hombre es un ser sexual desde que nace hasta que muere. Existen cambios fisiológicos propios de esta época; en el varón la erección es más lenta y menos firme, lo cual es fácilmente remediado con la estimulación manual de la pareja; en las mujeres se da el adelgazamiento y resequedad de las paredes, lo cual es

fácilmente subsanable con el uso de cremas lubricantes. También hay otros factores que influyen en el interés sexual como es que continúen en pareja socialmente aceptada; la frecuencia de actividad sexual durante su juventud y vida adulta, ya es mas probable que lo siga siendo durante ésta etapa y enfermedades concomitantes que inhiban la actividad sexual. Una mejor educación sexual desde la juventud y una serie de orientaciones a las personas que se encuentran en ésta etapa, pueden ayudar a que la actividad coital, la masturbación y las caricias eróticas enriquezcan la vida sexual de los viejos. (3 y 19).

Otro elemento importante en la sexualidad es la respuesta sexual humana. El conocimiento de esto nos lleva a saber y a conocer nuestro cuerpo, saber como responde ante estímulos eróticos, localizar zonas erógenas, entender lo que nos agrada y nos disgusta, manejar para adelantar o retardar un orgasmo; todo esto nos conlleva a una relación sexual satisfactoria en pareja. La respuesta sexual humana es la respuesta integral del organismo a un estímulo sexual efectivo, que engloba modificaciones fisiológicas, genitales y extragenitales. Es una reacción que involucra todo el organismo y en la que intervienen, no tan sólo genitales, sino, los sentimientos, pensamientos y experiencias previas de la persona. (21).

Se especifica que el estímulo debe ser efectivo, pues no

todos los estímulos provocan respuesta en todas las personas ni en las mismas circunstancias. Es claro que haya estímulos que son más de acuerdo a edad y sexo. El desempeño sexual de los participantes está influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Claro ejemplo de esto es la edad, el estado de salud, la comunicación de la pareja en el ambiente donde se lleva a cabo la relación. (21 y 22).

Hay dos personalidades que le dan un carácter científico a la respuesta sexual humana, son: Doctor William Master y la Psicóloga Virginia Johnson. Sus observaciones se basan en los ajustes fisiológicos del organismo de acuerdo a las diferentes fases por las que atraviesa el ser humano durante el ciclo de la respuesta a un estímulo efectivo ya sea durante la masturbación, el coito homosexual o el heterosexual. El esquema original de Masters y Johnson comprende las fases de excitación, meseta, orgasmo y resolución. Este esquema ha sufrido modificaciones, la principal hecha por la Doctora Helen Kaplan y colaboradores, quién utilizó el modelo original, lo complementó y lo enriqueció grandemente. La modificación consiste básicamente en añadir una fase previa, la de deseo, en las etapas propuestas por Masters y Johnson, incluir la fase de meseta dentro de la fase de excitación y la de resolución dentro del orgasmo. (22).

El deseo sexual es un apetito o impulso que se produce -

debido a la activación del sistema neural específico, mientras que las fases de excitación y orgasmo involucran a los órganos genitales. En ambos sexos la fase de excitación es producida por el reflejo de vasodilatación y el orgasmo consiste esencialmente en las contracciones de ciertos músculos genitales. Ambos reflejos son activados por nervios separados en la parte inferior de la médula espinal. (21).

Fase de deseo. - Las bases neurofisiológicas y neuroanatómicas del deseo sexual no se han delimitado claramente. Se postula que el sistema límbico está en íntima relación con la corteza cerebral y por neurotransmisores llegan a médula espinal, vía por la cual llegan estímulos a los órganos genitales pudiendo ser inhibitorios o excitatorios, teniendo amplias conexiones con otras partes del organismo que permiten que el estímulo sexual se vea influenciado e integrado en la experiencia total de la vida del individuo. El deseo sexual en ambos sexos es vivido como sensaciones específicas que mueven al individuo a buscar o volverse receptivo a la experiencia sexual. Después de encontrar gratificación, fuerzas inhibitorias hacen que la persona no se interese en asuntos sexuales por un periodo que puede variar de acuerdo a factores de edad y sexo. (21, 22 y 23).

Fase de excitación. - Esta fase es activada por el sistema parasimpático y también se le denomina fase vasocongestiva o --

miotónica. En ambos sexos los signos de excitación sexual son producidos por el reflejo de vasocongestión. Las raíces nerviosas de médula T11, T12, L1, S2, S3 y S4, activan la vasocongestión y preparan los órganos genitales para el coito. Estas modificaciones son diferentes en ambos sexos, pero complementarias. El pene adquiere dureza y mayor tamaño para prepararse a la penetración a la vagina la cual se lubrica para recibirlo. En todo el organismo se presentan modificaciones y ajustes fisiológicos extragenitales. El corazón presenta taquicardia por lo que aumenta el gasto cardíaco, hay hiperempea, se presenta una vasocongestión o rubor sexual y diaforesis, se observa la erección del pezón y la ingurgitación de la areola. Se presenta miotonía, es decir, aumento del tono muscular y se observan los espasmos carpopedales y del esfínter anal. El organismo bloquea la atención a otro estímulo no sexuales y a concentrarse en las propias sensaciones que sí lo son. La excitación se presenta más rápidamente en el hombre que en la mujer, por lo que ella requiere de mayor tiempo de estimulación erótica. En el hombre se presenta la erección debido a que el tejido del cuerpo cavernoso secuestra sangre y se mantiene erecto, el glándula cambia de coloración, los testículos aumentan de tamaño, rotan sobre su eje y se acercan al cuerpo ya que se contrae el escroto y el músculo cremaster para protegerlos del trauma de la relación sexual. Las glándulas bulbouretrales secretan unas gotas de líquido con el propósito de limpiar la uretra. En la mujer se

presenta la lubricación, que es un fenómeno que se debe a la vasocongestión. La lubricación es un trasudado de las paredes de la vagina y no una secreción de las glándulas de Bartholini como anteriormente se creía. Los cambios que ocurren en genitales externos son el cambio de coloración de claro a oscuro, la erección del clitoris, órgano muy sensible, engrosamiento y aplanamiento de los labios menores y mayores. Al final de esta fase la coloración de los genitales es más intensa, el clitoris se retrae, se abre el orificio del cérvix y se vasodilata el tercio de la vagina para formar la plataforma orgásmica. --
(21, 22 y 23)

Fase de orgasmo. - También llamada fase mioclónica, si en la fase anterior el fenómeno más importante es hemodinámico, en esta el más trascendente es muscular por las contracciones involuntarias que ocurren en ambos sexos. Es activada principalmente por el sistema simpático. La fase de orgasmo es un reflejo genital que está gobernado por los centros nerviosos. Los impulsos sensitivos que llevan al orgasmo ingresan a la médula espinal a través del nervio pudendo, a través del sacro y la vía eferente a través de T11 y L2. Los centros de reflejo espinal para el orgasmo están en íntima relación con los que gobiernan el control anal y de la vejiga. Durante esta fase la frecuencia cardíaca y respiratoria alcanzan su máximo. La sudoración es profusa y el rubor sexual se incrementa. La concentración mental hacia las sensaciones sexuales bloquea otro tipo de estímulos

en el hombre el reflejo de la eyaculación consta de dos fases coordinadas, las cuales son la emisión y la eyaculación. La primera es una respuesta visceral controlada por el sistema nervioso autónomo y la segunda es un mecanismo externo que consiste en la salida del semen. La emisión consiste en la contracción refleja de los músculos lisos, el epidídimo, el conducto eferente, las vesículas seminales y la próstata se contraen. En esa contracción deposita el líquido seminal en la parte posterior de la uretra, el esfínter interno vesical se cierra. Esta emisión aún no es tan placentera, sino que se percibe como una señal fisiológica de lo que se ha denominado sensación inminente eyaculatoria, puesto que después de ella es difícil controlar la eyaculación. En el hombre sano la emisión es seguida de contracciones rítmicas con una frecuencia de décimas de segundo de los músculos estriados que se localizan en la base del pene. Su efecto es expulsar el semen en una serie de emisiones. Estas contradicciones son acompañadas por sensaciones placenteras típicas. En la mujer el orgasmo es análogo a la segunda fase del orgasmo masculino. Desde luego no hay fase de emisión, pero la adecuada estimulación lleva a contracciones rítmicas uterinas y vaginales de ocho por segundo en promedio. Estas contracciones también se acompañan de sensaciones placenteras. Las sensaciones orgásmicas en una misma persona pueden variar de intensidad según las circunstancias y pueden presentarse sin estimulación genital durante sueño o fantasías.

Al finalizar el orgasmo se inicia la resolución de los cambios fisiológicos que empezaron en la fase de deseo y se mantuvieron en la fase de excitación; ésta resolución es parte de la misma fase de orgasmo. Durante la resolución la mujer, si es estimulada adecuadamente puede volver a presentar otro orgasmo, es decir, que en teoría la mujer tiene una capacidad multiorgásmica. El hombre, por lo contrario, al finalizar la resolución del orgasmo inicia un período refractario de duración variable, durante el cual no solo no responde a estímulos sexuales sino que pueden ser dolorosos en caso de continuarlos. La edad es un factor importante en la duración del período refractario que es directamente proporcional a la edad. (21, 22 y 23).

Con respecto al orgasmo es importante considerar que en la época actual se le ha dado demasiada importancia a éste y que las personas se mueven en razón de un orgasmometro que mide la cantidad y no la calidad de la relación sexual y que valora más el climax sexual que todos los componentes de la respuesta sexual, ya que se llegue o no al orgasmo, puede ser sumamente satisfactoria en contenidos de comunicación y afecto.

Las alteraciones de origen sexual, hoy en día son vistas no sólo del punto de vista médico, sino también se toma en cuenta las perspectivas psicosociales; esto permite que se dejen de conseguir co-

mo problemas determinantes, para convertirse en alteraciones susceptibles de modificarse, a través de una técnica adecuada, basada siempre en un conocimiento científico. Este enfoque considera la alteración individual en pareja, tomando también en cuenta el ambiente donde se desarrolla la pareja, eliminando los adjetivos que se utilizaban, aplicando el término de disfunción sexual. (24).

Se conceptualiza como disfunción sexual a una falla persistente en alguno o en todas las fases de la respuesta sexual humana que cause malestar a la persona o a la pareja. Se aclara que debe de ser persistente, ya que si es ocasional no se considera así. También se hace hincapié en que provoque molestias, pues en algunos casos la situación particular puede no llegar a convertirse en problema.

Las disfunciones sexuales se clasifican en primarias y secundarias o bien, en selectivas o generalizadas. Las primarias se refieren a los casos en que la persona jamás ha sido capaz de llevar a cabo adecuadamente sus relaciones sexuales; y las secundarias - - cuando la persona fue capaz de responder adecuadamente aunque sea en alguna ocasión; las disfunciones selectivas se refieren a los casos en la que una persona falla en ciertas circunstancias particulares; -- mientras que las generalizadas, simplemente el sujeto deja funcionar adecuadamente en cualquier circunstancia. (25).

Otra clasificación, que es la más adecuada se basa en la teoría trifásica de la respuesta sexual humana. (24 y 25).

Fase de deseo:

a). - Deseo sexual inhibido: Esta disfunción se presenta -- tanto en el hombre como en la mujer y se manifiesta con la disminu-- ción o ausencia temporal del interés o el deseo por la actividad sexual. Sin embargo, una vez que el sujeto se involucra la respuesta sexual se desarrolla adecuadamente. Su origen puede deberse tanto a causas orgánicas, psicológicas y socioculturales, todo ésto involucra angustia. - miedo, enojo, la devaluación de su autoestima.

b). - Disritmia: Esta disfunción se diagnostica en la pareja como unidad funcional, y consiste en que un miembro de ella está -- inconforme en cuanto a la frecuencia de sus relaciones sexuales, ya -- sea en mayor o menor cantidad en relación a sus deseos. Su etiología - la encontramos en falta de comunicación o desconfianza de la pareja, - en diferencias individuales o factores externos como ser la incompatibilidad de horarios, el cansancio o la falta de un medio adecuado.

c). - Aversión sexual : Es la actitud de rechazo que una persona siente hacia el contacto físico con otra. Este rechazo se presenta en personas vírgenes generalmente; su etiología puede ser tanto psicológica como sociocultural, entre estos tenemos los tabúes, acti--

tudes familiares negativas y condenatorias del sexo, un sistema de valores muy rígido, etc., la aversión puede llegar a condicionarse por las contingencias o sucesos negativos, provocados por el compañero sexual, lo que provocará que el sujeto rechace la relación sexual por no verse expuesto en esta situación conflictiva. La aversión también se asocia con experiencias difíciles o traumáticas anteriores, en donde se pierde la confianza en sí mismo.

Fase de excitación:

a). - Disfunción lubricativa: Es debida a falta de lubricación vaginal. Es poco frecuente que se presente aislada, sino más bien acompañada a la anorgasmia. Esta disfunción puede darse por un alto grado de angustia que inhibe la respuesta refleja lubricativa, así como alteración hormonal en la glándula tiroides o falta de estrógenos.

b). - Disfunción eréctil: Consistente en la incapacidad del varón para obtener o mantener la erección penénea para lograr una relación sexual. Se estima que la mitad de la población padece alguna vez durante su vida de un período transitorio de esta alteración, puede agruparse en primarias cuando nunca se ha logrado una erección satisfactoria con ninguna pareja, pero puede obtenerla masturbándose e incluso en otras situaciones; la secundaria cuando un hombre funciona adecuadamente hasta la aparición de la disfunción. Cabe señalar que

la disfunción erectil, si existe el deseo sexual. En la gran mayoría de los casos actúan factores psicológicos, raramente orgásmicos como en el caso de la diabetes.

Fase de orgasmo:

a). - Anorgasmia: La anorgasmia femenina es la inhibición del componente orgásmico de la respuesta sexual humana, es decir, la falta de orgasmo a la ausencia del clímax en la relación sexual. Esto no implica que tenga una inhibición de los componentes vasocongestivos y, menos aún, que carezca del deseo sexual, que no pueda disfrutar de las caricias previas, de los juegos amorosos, lubricar abundantemente y recrearse con la penetración. Las causas pueden ser variadas. La mujer puede tender a perder el control por obtener valores estrictos, la anticipación al fracaso también inhiben el reflejo orgásmico, hay mujeres que sólo logran el orgasmo en situaciones de baja tensión, otras lo logran con sus amantes y no así con sus esposos. La falta de información es una causa principal; el que una mujer permita la penetración una vez iniciada la lubricación en lugar de dedicarse más tiempo a los juegos amorosos les resta posibilidades de llegar al orgasmo. Algunas parejas no logran el orgasmo femenino dado que existe entre ellos una incompatibilidad en cuanto a su habilidad técnica. Es prudente cuando se hable de anorgasmia no dejar afuera la relación con la pareja, ya que en muchas ocasiones no estamos en presen

cia de una mujer anorgásmica, sino ante un hombre con eyaculación precóz. Es conveniente aclarar que no todas las mujeres anorgásmicas ven éste hecho como un problema, algunas ni siquiera saben de su existencia. El maximizar la importancia del orgasmo, puede decepcionar a la mujer cuando lo alcanza y evitar que pueda disfrutar de los demás momentos agradables.

b). - Eyaculación precóz: Es la incapacidad para controlar voluntariamente el reflejo eyaculador, una vez que el hombre alcanza cierto grado de excitación y no puede retardar su orgasmo. Es difícil su diagnóstico ya que no hay un parámetro establecido que indique el tiempo que debe transcurrir entre la introducción del pene y la eyaculación, por eso es aconsejable explorar la relación con su pareja. Algunos consideran que es un eyaculador precóz si alcanza su orgasmo antes que su pareja sexual en un cincuenta por ciento o más de las veces. Esta disfunción es común dentro de nuestro contexto social, ya que tanto los niños como los adolescentes al masturbarse, carecen de tiempo y de lugar apropiado por lo cual desarrollan una destreza para obtener rápidamente su orgasmo; esto es complementado con sus primeras experiencias sexuales, también caracterizado por la alta tensión emocional y la brevedad del tiempo; técnica que desarrollarán posteriormente cuando tengan una pareja sexual estable.

c). - Incompetencia eyaculatoria: Puede ser definida como-

la inhibición del reflejo eyaculatorio. Es frecuente que los casos simples sean debidos a la ansiedad. En los casos intermedios encontramos personas que tienen dificultad para eyacular en determinadas circunstancias como puede ser teniendo una relación sexual pero no así durante la masturbación. Los casos de sujetos que jamás han podido eyacular son muy raros. La incompetencia eyaculatoria puede ser provocada por una droga o una enfermedad, aunque estos casos son más bien raros, ya que su origen es generalmente psicológico; estas personas pueden presentar una disfunción eréctil como reacción defensiva ante su pareja. Esta disfunción debe diferenciarse del priapismo que se caracteriza por una erección intensa y dolorosa la cual impide y limita cualquier relación sexual. Otra variedad de ésta es la incompetencia eyaculatoria parcial y se caracteriza por la ausencia de las contracciones de los músculos peneanos, vulvares y perianales, estas personas eyaculan pero no perciben las sensaciones del orgasmo; estas personas tienen una respuesta sexual normal en sus fases anteriores. Se citan como etiología las enfermedades prostáticas y la cicatrización de la uretra al igual que la diabetes. Otra variedad es la eyaculación retrograda la cual consiste en que el líquido seminal es eyaculado al interior de la vejiga urinaria; lo que sucede es que el líquido seminal es eyaculado hacia atrás, la sensación orgásmica es plenamente satisfactoria (23, 24, 25 y 26).

Otras condiciones que afectan el ciclo de la respuesta se-

xual humana son: a). - Vaginismo. - Que consiste la contracción involuntaria del tercio externo de la vagina y de los músculos del introito y es debida cuando la mujer anticipa la penetración vaginal o durante la misma. El espasmo involuntario es una respuesta condicionada por la asociación de estímulos aversivos de dolor, temor, daño con los intentos de penetración vaginal o incluso con fantasías desagradables. El cierre de la entrada vaginal puede hacer que las mujeres que padecen esta disfunción desarrollen una reacción fóbica hacia el coito, que lo eviten o lo rechacen, cuando lo llegan a intentar les resulta desagradable y doloroso. El tratamiento actual consistente en técnicas de desensibilización y la psicoterapia. b). - La dispareunia: consiste en sentir dolor durante el coito, se da tanto en las mujeres como en los hombres. Las causas pueden ser por un prepucio redundante, la enfermedad de Peyronie (endurecimiento de los cuerpos cavernosos), una inflamación o constricción de la uretra o una hipertrofia prostática; es frecuentemente observado esto en mujeres que carecen de información y presentan su primer coito, al igual que la falta de lubricación como consecuencia de la falta de excitación puede provocar dolor, también después de la menopausia por un adelgazamiento de las paredes vaginales, infecciones vulvovaginales. (25).

Esta disfunción como cualquiera de las anteriores es conveniente que sea un terapeuta sexual calificado quien haga la histo-

ría clínica sexual para poder establecer un diagnóstico confiable y --- por lo tanto un tratamiento efectivo. Una disfunción sexual representa nuestra cultura una autopercepción de minusvalía y una inseguridad de la propia identidad.

La conducta sexual de los seres humanos se manifiesta-- dentro de una gama muy amplia de formas de expresión sexual las cuales están influenciadas por varios factores como la edad, el sexo, la época, la cultura, por lo que podemos encontrar que una conducta sexual sea más común en un determinado grupo social y no lo sea en --- otro o en algún momento de la historia. En nuestra cultura, en este momento de la historia entre los adultos la expresión sexual más frecuente es la heterosexualidad, por ésta razón, la colocó como eje de la conducta sexual, haciendo de todas las demás expresiones, variantes de esta conducta. Actualmente se utiliza el término de parafilias o variantes sexuales. (27 y 28).

Otra característica de la expresión sexual es que pueden manifestarse de diferentes formas a lo largo de la vida, pudiendo suceder quién hubiese tenido un pasaje homosexual durante la adolescencia se relaciona sólo con personas heterosexuales en etapa adulta. Es importante aclarar que es completamente natural que los seres humanos mostremos en nuestra conducta sexual ciertos rasgos de las-

diferentes expresiones sexuales. Podemos ver revistas o películas pornográficas o inclusive, guardar objetos pertenecientes a la persona amada, enriquecer nuestra relación mediante el sexo oral o anal sin que esto signifique que estamos dentro de lo que se denomina variante sexual, sino que solo son algunos rasgos de nuestra personalidad. - - (28).

La heterosexualidad se define como el contacto sexual entre dos seres humanos vivos un hombre y una mujer, que tienen la capacidad de tomar decisiones de mutuo acuerdo, que no tienen parentesco cercano, consanguíneo o moral, más o menos de una edad proporcionada y en donde, a pesar de utilizar variadas técnicas sexuales, generalmente obtienen la máxima gratificación sexual de la relación coital; entonces una variante sexual es una conducta que difiere de una o varias de las características marcadas de la heterosexualidad y la sustituye respectivamente. Por ejemplo cuando el contacto sexual no es entre dos seres humanos vivos podemos hablar de necrofilia, fetichismo, zoofilia, coprofilia; si no es entre un hombre y una mujer, nos referimos a la homosexualidad, pluralismo o trollismo; cuando no se toman las decisiones de mutuo acuerdo hay violación o sadismo; en caso de tener parentesco cercano, la relación es incesto cuando la edad no es proporcionada caerían en la pedofilia o la gerantofilia. (29).

Homosexualidad es la atracción y el contacto sexual con-

personas del mismo sexo. La homosexualidad puede ser femenina o masculina. A la femenina se le denomina lesbianismo. Hay un sin fin de tipos de homosexualismo en el barón que Kinsey los clasificó. En el extremo derecho coloca a las personas exclusivamente heterosexuales y en el izquierdo exclusivamente a los homosexuales; en el punto medio coloca los bisexuales o sea que encuentran satisfacción en la relación sexual con personas del mismo o del otro sexo indistintamente, en los puntos intermedios coloca a la derecha a las personas predominantemente heterosexuales, pero con algunas relaciones homosexuales, y a la izquierda, a las predominantes homosexuales pero con algunas relaciones heterosexuales. (30).

Es bueno aclarar que las actitudes, sentimientos y conductas homosexuales y bisexuales de los adolescentes no pueden ser clasificadas como definitivas en esta escala, ya que corresponde al desarrollo de una etapa de la vida. (28).

El voyerismo consiste en obtener satisfacción sexual al observar órganos sexuales o a personas realizando el acto sexual es importante distinguir la curiosidad sexual natural de todo ser humano, la excitación de mirar al desnudo, del voyerismo, donde el mirar se convierte en la única forma de obtener placer sexual.

El froterismo o restregamiento es cuando la persona--

obtiene gratificación sexual al restregarse contra otra persona, generalmente de otro sexo y en lugares públicos.

El exhibicionismo consiste en obtener placer sexual al -- mostrar los genitales y causar sorpresas o espanto; esta conducta es más frecuente en el hombre, quienes de preferencia buscan mujeres o niños. Generalmente este hecho va acompañado de la masturbación.

Fetichismo en la obtención de la gratificación sexual al sustituir la pareja sexual por un objeto que le pertenezca generalmente viene siendo íntimo y se acompaña de la masturbación.

La zoofilia o bestialidad consiste en obtener placer sexual con animales en vez de personas.

El sadismo es la obtención de la gratificación sexual al infringir dolor a humillación a la pareja sexual.

Masoquismo es cuando se realiza la satisfacción sexual al ser maltratado por la pareja o cuando él mismo se provoca dolor. -- Por lo general el sadismo y el masoquismo forman una unidad.

La necrofilia es cuando una persona se gratifica sexual-

mente al copular, tocar, ver o pensar en un cadáver.

Paldofilia es cuando un adulto tiene deseos e intenciones sexuales con niños prepúberes; puede ser homosexual o heterosexual.

La gerontofilia es lo inverso de la paldofilia, ya que consiste en deseos eróticos de personas jóvenes hacia ancianos. Es difícil en ocasiones interpretar que es lo que se debe considerar como joven y anciano por lo que en ocasiones es difícil hacer su diagnóstico.

Otras variantes de la sexualidad son el trófilismo y el pluralismo. El primero es el acto sexual llevado a cabo entre tres personas; y el segundo entre más de tres, donde pueden combinarse otras variantes como la homosexualidad y la bisexualidad.

El transexualismo consiste en el deseo de cambiar el sexo biológico y sexual porque su cuerpo no corresponde a su identidad sexual. Actualmente, se intenta a través de resignarlos socialmente, legal, hormonal y quirúrgicamente aunque éstas tienen limitaciones y dificultades técnicas para llevarse a cabo.

La masturbación es la automanipulación de los genitales hasta llegar al orgasmo. En este rubro no se habla de la masturbación

infantil o adolescente, sino de la adulta, que sustituye el coito repetidamente y como técnica complementaria del coito.

El sexo oral se refiere a cuando el coito se sustituye repetidamente por la actividad en la que, la boca de un miembro de la pareja estimula los genitales del otro y sólo así puede obtenerse placer sexual. Si el hombre estimula con su boca los genitales de la mujer se denomina "cunnilingus", si la mujer estimula con su boca los genitales del hombre se denomina "fellatio".

Cuando el sexo oral se presenta como parte de una relación que predominantemente termina en el coito, no se considera dentro de esta clasificación, sino como una técnica de enriquecimiento sexual.

Sexo anal al igual que en el inciso anterior, sólo se considera dentro de ésta clasificación, si la relación coital se ve predominantemente sustituida por la relación pene-ano. Puede ser desde luego homosexual o heterosexual.

El incesto es considerado cuando una relación sexual se da entre personas que poseen un parentesco consanguíneo, el incesto, para muchos autores no es considerado variante, al igual que la más específicamente entre padres e hijos. Violación que se considera que-

son los factores socioeconómicos los determinantes y que pueden estar incidiendo en esa conducta, además de los intrapsíquicos. (27, 28, 29 y 30).

En la actualidad, existe una polémica en cuanto a lo aceptado de dichas conductas. Lo importante, sin embargo, es la actitud -- que debemos tomar como profesionales frente a este tipo de personas -- que practican algunas de ellas y que acuden a nosotros para ayuda o -- consejo. Todo profesional debe mostrar una actitud de respeto hacia -- cualquier persona que acuda en busca de orientación y ayuda. Debemos recordar que no somos jueces y que nuestros valores no deben ser impuestos a otros; y el hecho de que escuchemos a nuestro paciente no -- quiere decir que aprobemos o practiquemos lo que hacen. (28).

Así como la humanidad moderna exige una verdadera revo-lución económica, política y social, la problemática sexual existe una -- real revolución. Todos los mitos y todos los tabúes, toda la moral mis--tica autoritaria y represiva actual en cuanto a la sexualidad deben dar--paso a la sexualidad diferente, apegada a la realidad. Toda la atención charlatana con la que hacemos ruido otorno a la sexualidad desde dos o--tres siglos, está dirigida a una preocupación elemental; asegurar a la -- población, reproducir la fuerza de trabajo, mantener en forma las rela-ciones sociales, en síntesis, montar una sexualidad económicamente --

útil y políticamente conservadora. (6).

Todo lo anteriormente expuesto, explica la problemática para que se realice una adecuada sexualidad en nuestro medio. Todo mundo trata de encontrar ese universo de placer equivocado que da lo prohibido, lo reprimido por esa sociedad; buscando en revistas pornográficas o proyecciones de películas eróticas y luego partiendo de la idea e imagen se pasa al acto. El sexo, medio natural y privilegiado de la comunicación viene ahora a modificar todas las relaciones humanas. La familia se disgrega, aumenta el número de parejas que se divorcian, las mujeres quedan embarazadas a edades más tempranas, cada vez más temprano se vive en pareja y hasta en trío, más aún en parejas masculinas o femeninas y éstos últimos al menos tienen una cierta oportunidad, que consiste en librarse del torturante problema del aborto. (17).

Antaño todos los seres humanos se hacían esta misma pregunta, pero la iglesia y la ley, bien o mal se encargaban de resolverlas. Por otro lado, los médicos se guardaban muy bien de prescribir otra cosa que no fuera lo autorizado por la iglesia y por la ley. Hoy en día las mujeres van con su ginecólogo o su psiquiatra, como antes iban con su confesor. El indispensable estudio del sexo, que se está creando como una nueva ciencia, no como pseudoenseñanza pornográ-

fica y comercializada, debe ser por consiguiente una sexología médica. Los médicos saben muy bien que al tomar su responsabilidad en esta forma, no pueden asumirla por sí solos. El sexo, tanto como la vida misma. Que ellos deben proteger, ayudar y promover, no les pertenece. Por lo tanto, la nueva sexología es una ciencia de todos y para todos. (3).

La educación de la sexualidad debe tender a crear responsabilidad humana para que el individuo desarrolle al máximo sus capacidades, logrando salud y bienestar. Así mismo, debe proveer información para desarrollar el entendimiento de las relaciones humanas en su aspecto físico, emocional, social, económico y psicológico; forma parte de la educación integral del individuo e incluir no sólo una información anatómica y fisiológica, sino enfatizar el desarrollo de las actitudes positivas y servir de guía entre las relaciones de los sexos. La educación de la sexualidad debe ser científica y racionalmente planeada; formativa e informativa y estar basada en el desarrollo psicosexual del individuo. (31).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se conoce perfectamente la importancia que tiene la sexualidad en el ser humano. La sexualidad es evolutiva pues desde el nacimiento va moldeando al sujeto en sus transformaciones, se difunde y se proyecta hacia todas las zonas de la existencia humana e interviene poderosamente en el desarrollo del individuo. Si la formación de la sexualidad se da desde el nacimiento, a éste proceso paulatino diario, -- continuo es lo que se denomina educación sexual, la cual es parte de la educación para la salud, en sus aspectos sexuales. La finalidad de la educación sexual es educar al individuo para ayudarlo a realizarse en plenitud como ser humano sexual, con un equilibrio en lo biológico y en lo psicológico.

Se sabe de infinidad de casos en que los pacientes no saben expresar con la palabra adecuada algo referente a sus órganos genitales. También que se reprimen, no expresando sus molestias relacionadas con sus órganos sexuales, al igual que un hombre al realizarse un tacto rectal, se ve comprometido en su autoafirmación masculina. Todo lo anteriormente expuesto es a causa de falta de conocimientos sobre sexualidad, debido a represiones psicológicas y sociales que imperan en el sistema en que vivimos.

En la práctica diaria del medio familiar, se presenta patología relacionada con la sexualidad. Frecuentemente no se le da la importancia debida o se trata de esquivar el tema, o peor aún, se aplica criterios erróneos de acuerdo al esquema conceptual referencial -- del médico, sin tener en cuenta las repercusiones que esto acarrea en la dinámica familiar.

Partiendo de estas premisas se llega a la siguiente interrogante ¿está adecuadamente preparado el médico familiar para resolver los problemas de sexualidad que se presentan en su práctica médica?

OBJETIVOS.

1) Analizar los conocimientos de sexualidad de los Médicos Familiares en la Unidad de Medicina Familiar No. 75.

1. 1) Analizar la diferencia de conocimientos de sexualidad entre Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Médicos Generales.

1. 2) Analizar la diferencia de conocimientos de sexualidad entre Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Residentes de Segundo Año de Especialidad en Medicina Familiar.

1. 3) Analizar la diferencia de conocimientos de sexualidad entre Médicos Residentes de Segundo Año y Médicos Generales.

HIPOTESIS.

H₀) Los conocimientos de sexología son similares en Médicos Especialistas en Medicina Familiar y los Médicos Generales.

H₁) Los conocimientos de sexología son superiores en los Médicos Especialistas en Medicina Familiar que los Médicos Generales.

H₀) Los conocimientos de sexología son similares en Residentes de Medicina Familiar y Médicos Especialistas en Medicina Familiar.

H₁) Los conocimientos de sexología son superiores en Residentes de Medicina Familiar que los Especialistas en Medicina Familiar.

H₀) Los conocimientos de sexología son superiores en Residentes de Medicina Familiar que los de Médicos Generales.

H₁) Los conocimientos de sexología son superiores en Residentes de Medicina Familiar que los de Médicos Generales.

UNIVERSO DE TRABAJO.

La unidad de Medicina Familiar No. 75 del I.M.S.S., se encuentra ubicada en Avenida Chimalhuacán y Avenida López Mateos, - Ciudad Netzahualcoyotl, Estado de México, perteneciente a la Delegación Número 4 del Valle de México.

Es una de las Unidades que atiende a mayor cantidad de población derecho-habiente. Por su ubicación geográfica, se encuentra en la Ciudad más poblada de la República Mexicana, con población que reúne aspectos psicológicos y sociales muy diversos, ya que su crecimiento es debido a la inmigración de individuos de diferentes lugares de la República, con el fin de lograr una subsistencia más decorosa.

Para el presente estudio se tomaron Médicos Especialistas de Medicina Familiar, Médicos Generales y Residentes de la Especialidad de Medicina Familiar de Segundo Año.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se tomaron a veintidós Residentes de la Especialidad de Medicina Familiar de Segundo Año, veinticuatro Médicos Especialistas en Medicina Familiar y veinte Médicos Generales del Turno B-D

de la Unidad de Medicina Familiar No. 75 del I, M, S, S.

CRITERIOS.

Criterios de Inclusión:

1. - Médicos Especialistas en Medicina Familiar, Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 75.
2. - Médicos Generales, Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 75.
3. - Que pertenezcan a Turno B-D.
4. - Residentes de Medicina Familiar de Segundo Año Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 75.
5. - Ambos sexos.
6. - Sin límite de edad.
7. - Con o sin hijos.

Criterios de Exclusión:

1. - Médicos Especialistas en otra Especialidad que no sea Medicina Familiar, Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 75.

2. - Médicos que laboren en otras Unidades.

3. - Médicos Internos de Pregrado o Residentes de otra Especialidad que no sea Medicina Familiar.

GRUPOS:

1. - Se tomó un grupo que estuvo integrado por Residentes de Segundo Año de la Especialidad en Medicina Familiar, Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 75, estos Residentes tomaron un curso de Sexualidad de sesenta horas, certificado por el Departamento de Docencia e Investigación del Centro Médico Nacional.

2. - Veinticuatro Médicos Especialistas en Medicina Familiar, del turno B-D de la Unidad de Medicina Familiar No. 75; los cuales llevaron un curso de diez horas de duración durante su formación en la especialidad.

3. - Veinte Médicos Generales, Adscritos como Médicos

Familiares en la Unidad de Medicina Familiar No. 75, del Turno R-D. Estos Médicos Generales, no llevaron durante su preparación profesional curso de sexualidad, ya que sus programas Universitarios se contemplan esta materia.

RECURSOS:

1. - Recursos Humanos.

a). - Como Asesor, un Médico Especialista en Medicina Familiar.

b). - Un Médico Residente en Medicina Familiar.

2. - Recursos Técnicos.

a). - Cuestionario de treinta reactivos; elaborados en la Dirección General Médica de la Jefatura de Planificación Familiar, los otros seis reactivos elaborados por el Consejo Nacional de Población. - Anexo 1.

b). - Hojas de respuestas.

TECNICA:

Primera Etapa.

Se aplicó primeramente a Residentes de Segundo Año de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 75, en el mes de septiembre de 1984, con un tiempo de duración de 40 minutos. Se investigó el índice de Confiabilidad al examen el cual fué de 0.82 y un error estandar de 11.3.

Segunda Etapa.

Esta etapa comprendió el mes de diciembre de 1984. Se aplicó el examen a Médicos Especialistas en Medicina Familiar, que reunían los criterios de inclusión durante su turno de trabajo, con un tiempo de 40 minutos. El índice de confiabilidad del examen fué de 0.79, y un error estandar de 10.37. También en ésta etapa se aplicó de la misma manera a los Médicos Generales, encontrándose con un índice de confiabilidad de 0.64 y un error estandar de 7.1.

Tercera Etapa.

En ésta etapa se realizó el análisis estadístico, durante

el mes de enero de 1985. Por lo que se aplicó una T. de Student para - -
muestras independientes.

CLASIFICACION:

Para la calificación de los exámenes, los reactivos correctos fueron proporcionados por la Dirección General de Planificación Familiar y el Consejo Nacional de Población. Anexo 1.

RESULTADOS:

1. - Grupo de Médicos Egresados de la Especialidad de Medicina Familiar.

Los resultados obtenidos para éste grupo fueron los siguientes: Los Médicos que realizaron el examen fueron 23 de los 24 Médicos comprendidos con una negativa de un sólo Médico. Con número de reactivos correctos de 432, de un total de 690. El porcentaje de aciertos fué de 62.60% y 37.40% de incorrectos.

La media fué de 18.7, la moda de 18, la mediana de 18. - Desviación estandar de 2.58, Varianza de 6.69 y un rango de 10, para serie simple de datos. (Grafica No. 1, 2 y 3).

2. - Grupo de Médicos Generales.

Los resultados obtenidos para éste grupo de Médicos fueron los siguientes: Los Médicos que realizaron éste examen fueron los 20 que estaban considerados. Con un total de reactivos correctos de 287 de un total de 600. El porcentaje de preguntas correctas son 47.83% y un 52.17% de reactivos incorrectos.

Las medidas de tendencia central fueron: Media 14.4, Moda 11, y Mediana 13.5. Las medidas de dispersión son: Desviación estándar de 3.41 Varianza de 11.63 y Rango de 12. (Graficas No. 4, 5 y 6).

3. - Resultados de Médicos Residentes de Segundo Año.

Los resultados de este grupo fueron los siguientes: Los Médicos que realizaron el examen fueron 21, con un número de reactivos de 440, de un total de 630. El porcentaje de respuestas correctas fué de 69.8% y un 30.2% para respuestas incorrectas.

Las medidas de tendencia central fueron: Una Media de 20.9, Moda 20, Mediana 21. Las medidas de dispersión: Desviación estándar de 2.87, Varianza de 8.23, y Rango de 10. (Graficas No. 7, 8, y 9).

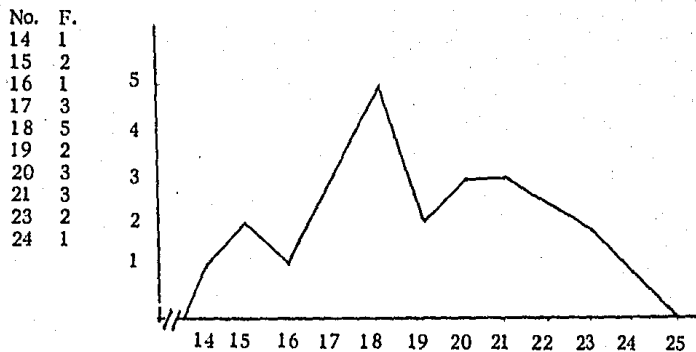


Fig. No. 1. - Frecuencia de calificaciones de los Médicos E. M. F.

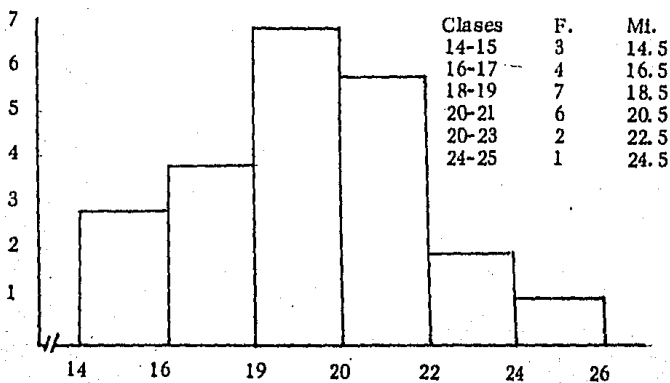


Fig. No. 2. - Histograma de los resultados de los Médicos E. M. F.

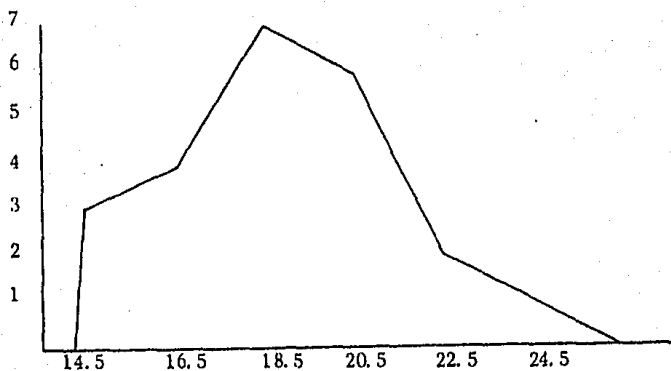


Fig. No 3. - Polígono de frecuencia de los resultados de los Médicos E. M. F.



Fig. No. 4. - Frecuencia de calificaciones de los Médicos Generales

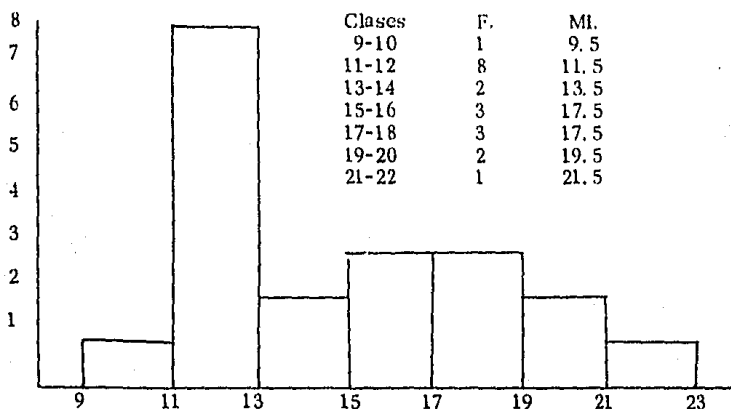


Fig. No. 5. - Histograma de acuerdo a los resultados correctos de los Médicos Generales.

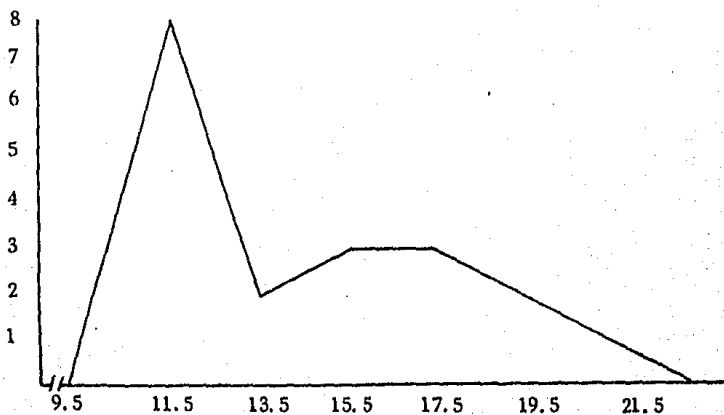


Fig. No. 6. - Polígono de frecuencias de las calificaciones de Médicos Generales.

No.	F.
16	1
17	1
18	3
19	1
20	4
21	3
22	2
23	1
24	1
25	2
26	2

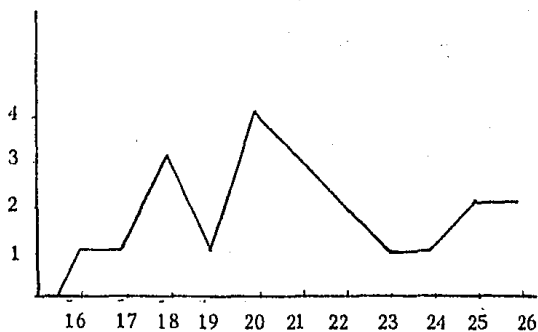


Fig. No. 7. - Frecuencia de calificaciones de Médicos Residentes de Segundo Año de Medicina Familiar.

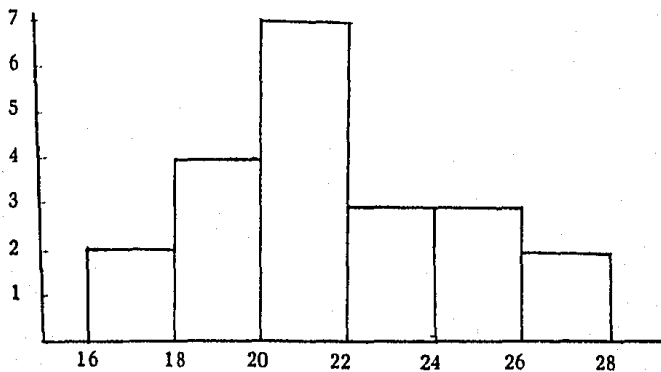


Fig. No. 8. - Histograma de acuerdo a los reactivos correctos de los Residentes de Segundo Año en Medicina Familiar.

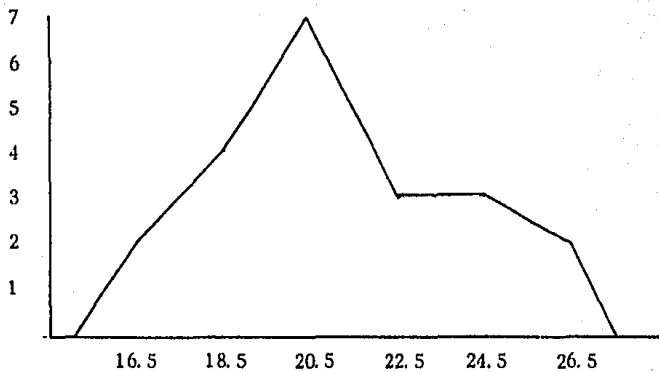


Fig. No. 9. - Polígono de frecuencias de acuerdo a los resultados de los R. 2 M. F.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO.

Para el tratamiento estadístico, se aplicó una T de Student pareada, ya que se trabajó con una muestra menor de 30 y una variable escalar. Se trabajó con un intervalo de confianza de P menor de 0.05.

Con lo que respecta a la primera hipótesis, sobre conocimientos de los Médicos Especialistas en Medicina Familiar en relación a los Médicos Generales. Se obtuvo una T calculada de 4.62, con 41 grados de libertad y un intervalo de confianza de 0.05, teniéndose una T tabulada del 1.68. Por lo tanto la T_c es mayor que la T_t y por consiguiente se rechaza hipótesis nula.

La segunda hipótesis sobre los conocimientos de los Médicos Especialistas y de los Médicos Residentes. La T calculada fue de 2.8 con 42 grados de libertad y un intervalo de confianza de 0.05 se obtuvo una T tabulada de 1.68. Por lo tanto es mayor que la T_t por consiguiente se rechaza hipótesis nula.

La tercera hipótesis sobre los conocimientos de los Médicos Residentes de Medicina Familiar y de los Médicos Generales. Se obtuvo una T calculada de 6.18, con 39 grados de libertad y un ---

intervalo de confianza de 0.05, se obtuvo una T tabulada de 1.67. Por lo tanto la T_c es mayor que la T_t y por consiguiente se rechaza hipótesis nula.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

Los resultados obtenidos en este estudio, reflejan los conocimientos de sexualidad de cada uno de los grupos con un intervalo de confianza de menor de 0.05, aceptable desde el punto de vista médico.

El grupo que obtuvo mayor número de reactivos correctos de los tres que se estudiaron, fué el grupo de Médicos Residentes de 2o. año de Medicina Familiar, con un \bar{X} de 20.9, ya que este grupo era el que mayor horas tenía en un curso de sexualidad.

El grupo de Médicos Especialistas en Medicina Familiar, fué el grupo que obtuvo una Medida de 18.7 por lo consiguiente fué el segundo grupo que contestó los reactivos correctos. Este grupo de médicos durante su preparación de postgrado recibió un curso de sexualidad de diez horas de duración, lo que se reflejaba en el resultado obtenido.

El grupo que obtuvo menor número de reactivos correctos fué el grupo de Médicos Generales, con una \bar{X} de 14.4. Este grupo de Médicos no tuvieron durante su preparación profesional curso de sexualidad lo que se refleja por los resultados.

GRUPO	No.	Tc.	%C	%I	MEDIA
E. EN. M. F	23	432	62.60	37.40	18.7
M. GENERA LES.	20	287	43.83	52.17	14.4
R. M. F.	21	440	69.9	31.2	20.9

Tabla No. 1. - Coorelación de los resultados de los-
EMF, MG y RMF.

CONCLUSIONES.

1. - Los conocimientos de sexualidad están en relación -- directa con el tiempo de los cursos tomados.

2. - Los conocimientos de sexualidad por parte de los Mé dicos Generales son escasos, por no tener en sus programas de educación profesional la sexología como materia básica.

3. - El tiempo que se destina en la Residencia de Medicina Familiar para el curso de sexualidad es insuficiente.

4. - Los conocimientos de los Médicos Especialistas en Medicina Familiar, son básicos para orientar sobre problemas de sexualidad.

Cuando tratamos de plantear estrategias educativas, tenemos que tomar en cuenta la Unidad Bio-Psico-Social, especialmente en sexualidad donde lo más íntimo de nuestro ser está involucrado. En nuestro medio social esto no se lleva a cabo, ya que la poca importancia que se le da a la sexualidad es escasa, y lo peor aún, esta ignorancia se encuentra dentro de los programas educativos de los profesionales de la salud, que son médicos, estos elementos supuestamente son-

las personas más capacitadas para manejar u orientar problemas sobre la sexualidad.

El presente estudio trata de enfatizar la importancia que tiene la sexualidad en el ser humano y que ésta importancia debe de -- ser tomada por las autoridades encargadas de los programas educativos en las Universidades e integrarla como materia básica en la Carrera de Medicina.

La educación de la sexualidad debe de tender a crear -- responsabilidad humana para que el individuo, desarrolle al máximo -- sus capacidades logrando salud y bienestar. Así mismo, debe de preveer información para desarrollar el entendimiento de las relaciones humanas en sus aspectos físicos, emocional, social, económico y psicológico; formar parte de la educación integral del individuo e incluir no sólo una información anatómica y fisiológica, sin enfatizar el desarrollo de las actitudes positivas y servir de guía en las relaciones humanas.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

No. 75

ANEXO 1.

Le agradeceremos responda a cada una de las preguntas con la seguridad de que la información proporcionada será utilizada en forma confidencial:

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y conteste en la hoja de -- respuestas, marcando con una "X" la letra de su elección;

Le suplicamos no haga anotaciones en este cuestionario ya que se utilizará nuevamente.

1. - El concepto de sexo se refiere a:

- a) El conjunto de características psicológicas y sociales que diferencian al hombre y a la mujer.
- b) La relación genital entre un hombre y una mujer.
- c) El conjunto de características biológicas, psicológicas y sociales.
- d) El conjunto de características biológicas que diferencian a los seres vivos en masculinos y femeninos.

2. - Sexualidad es:

- a) La relación genital entre un hombre y una mujer.
- b) El conjunto de características biológicas, psicológicas y sociales que diferencian al hombre y a la mujer.
- c) El conjunto de características biológicas que diferencian al hombre y a la mujer.
- d) El estudio científico del sexo.

3. - Para orientar adecuadamente la propia sexualidad se debe tener como base principalmente.

- a) Seguir las normas sociales
- b) La autodeterminación responsable e informada.

- c) Buscar la orientación de personas bien informadas.
 - d) Ser consecuente con las tradiciones familiares.
 - e) Documentarse en libros especializados.
4. - La edad más adecuada para brindar la educación de la sexualidad es:
- a) A partir del nacimiento
 - b) Cuando el niño entra a la escuela
 - c) Poco antes de la adolescencia.
 - d) Durante la adolescencia.
5. - Se designa con el nombre de educación sexual informal aquel procedimiento que:
- a) Se realiza exclusivamente en la familia.
 - b) Se imparte a través de organismos educativos particulares.
 - c) Acompaña la socialización del individuo.
 - d) Se lleva a cabo únicamente en el trato con los amigos.
 - e) Se da en la escuela.
6. - ¿Cual de los comportamientos nos definen en su totalidad el concepto de normal en sexualidad?
- a) El que responde a un modelo establecido.
 - b) El que estadísticamente es más frecuente.
 - c) El que corresponde al momento histórico en que vive la persona.
 - e) El término no es adecuado, hablando de sexualidad.
7. - Indique a quella afirmación con la que usted esté de acuerdo:
- a) La sexualidad es aprendida totalmente.
 - b) La sexualidad es totalmente instintiva.
 - c) Algunos componentes de la sexualidad son aprendidos.
 - d) La sexualidad es totalmente heredera.
 - e) Todos los componentes de la sexualidad son innatos.
8. - El momento adecuado para enseñar al niño el nombre de las partes y funciones de su cuerpo es:
- a) Cuando el pregunte.
 - b) Cuando está aprendiendo a hablar.
 - c) Cuando entra a la escuela.
 - d) Poco antes de la adolescencia.

9. - La vida sexual del individuo se inicia:

- a) Durante la adolescencia.
- b) Al vivir en pareja.
- c) Cuando el niño conoce sus genitales.
- d) A partir de la pubertad.
- e) A partir del nacimiento.

10. - La masturbación en niños de 3 a 5 años:

- a) Es poco frecuente.
- b) Es común.
- c) Es igual que en los adolescentes.
- d) Se presenta en varones, más no en niñas.

11. - La pubertad es:

- a) Una serie de cambios biológicos.
- b) Una serie de cambios psicológicos y sociales.
- c) Un fenómeno socio-cultural.
- d) Lo mismo que adolescencia.

12. - La adolescencia es:

- a) Una serie de cambios biológicos.
- b) Una serie de cambios psicológicos y sociales.
- c) Un fenómeno similar en todas las culturas.
- d) Lo mismo que pubertad.

13. - La masturbación:

- a) Puede causar daño neurológico.
- b) Se presenta sólo en la adolescencia.
- c) No ocasiona daño.
- d) Hace crecer los genitales externos.

14. - El deseo sexual en el adulto joven parece ser mayor que en la mujer de la misma edad debido a:

- a) Su constitución física.
- b) Factores hormonales.
- c) Factores socio-culturales.
- d) Las relaciones extramaritales.

15. - El período en que la mujer se puede embarazar es:
- a) Del 14 al 16o. día a partir del primer día de sangrado menstrual.
 - b) Del 14 al 16o. día antes de la siguiente menstruación.
 - c) Del 12 al 14o. a partir del primer día del ciclo.
 - d) Del 10 al 12o. día antes de la siguiente menstruación.
16. - La respuesta sexual humana, de acuerdo al esquema de Helen S. Kaplan tiene las siguientes fases o etapas:
- a) De deseo, de meseta, de excitación y de orgasmo.
 - b) De deseo, de excitación y de orgasmo.
 - c) De excitación, meseta, orgasmo y resolución.
 - d) Mioclónica, meseta y mioclónica.
17. - La respuesta sexual del hombre puede ser reiniciada:
- a) Durante la fase de resolución.
 - b) Al iniciar el período refractario.
 - c) Inmediatamente después del orgasmo.
 - d) Al terminar el período refractario.
18. - Las contracciones musculares se presentan en forma involuntaria en la fase de:
- a) Meseta.
 - b) Excitación.
 - c) Orgasmo.
 - d) Resolución.
19. - Durante el embarazo, el coito:
- a) Debe evitarse durante los 3 primeros meses.
 - b) Debe evitarse durante los 2 últimos meses.
 - c) Puede realizarse durante todo el embarazo.
 - d) Debe evitarse durante todo el embarazo.
20. - Se considera variante de la conducta sexual a:
- a) Una conducta que puede presentarse en la adolescencia o en el adulto y que sustituye la forma de relación socialmente aceptada.
 - b) Una conducta persistente, que sustituye a la aceptada socialmente y que se presenta en la edad adulta.

- c) Una conducta que se presenta en forma no substitutiva de lo aceptado socialmente en adultos.
- d) Una conducta pasajera que forma parte del proceso de desarrollo psico-sexual del adolescente.

21. - La homosexualidad en la etapa adulta:

- a) Puede ser corregida terapéuticamente.
- b) Es una preferencia sexual originada en la infancia.
- c) Es un problema de tipo endocrinológico.
- d) Puede ser un fenómeno temporal.

22. - Los sentimientos o conductas bisexuales que pueden manifestarse en la adolescencia;

- a) Determinan que la persona será homosexual en su vida adulta.
- b) Son hereditarios.
- c) Son ocasionados por mal funcionamiento hormonal.
- d) Son naturales y pasajeros en la mayoría de los casos.

23. - La mayor parte de la evidencia científica indica que la homosexualidad:

- a) Tiene alguna relación con anomalías congénitas.
- b) Tiene relación fundamental con alteraciones hormonales.
- c) Se debe a factores psicosociales.
- d) Está determinada genéticamente.
- e) Ninguna de las anteriores.

24. - Al obtener placer sexual al vertirse y actuar como personas del otro sexo, se le conoce como:

- a) Homosexualismo.
- b) Bisexualismo.
- c) Transvestismo.
- d) Transexualismo.

25. - Las disfunciones sexuales son:

- a) Generalizadas.
- b) Selectivas.
- c) Las dos anteriores.
- d) Ninguna de las anteriores.

26. - La disfunción sexual conocida como disritmia afecta a la fase de:

- a) Deseo.
- b) Excitación.
- c) Orgasmo.
- d) Mesea.

27. - La disfunción femenina más frecuente afecta:

- a) La fase vasocongestiva.
- b) La fase de resolución.
- c) Los juegos precoitales.
- d) La fase de excitación.
- e) La fase mioclónica.

28. - La eyaculación precoz en la mayoría de los casos se debe a:

- a) Condicionamiento de tipo psicológico.
- b) Problemas de tipo neurológico.
- c) Debilidad constitucional.
- d) Una menor capacidad víril.

29. - El herpes genital tiene las siguientes características excepto:

- a) Es un padecimiento causado por virus.
- b) Hay presencia de vesículas dolorosas.
- c) Su período de incubación es aproximadamente de 2 semanas.
- d) El tratamiento etiológico es a base de antivirales.

30. - Al realizar la vasectomía debemos tomar en cuenta, que:

- a) Puede haber trastornos fisiológicos en alguna de las fases de la respuesta sexual.
- b) Puede haber fecundidad durante los dos primeros meses después de la intervención.
- c) Puede haber aneyaculación en los dos primeros meses después de - la intervención.
- d) Puede originar disminución del apetito sexual.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

No. 75

HOJA DE RESPUESTAS

1 D	16 B
2 B	17 D
3 B	18 C
4 A	19 C
5 C	20 B
6 D	21 B
7 C	22 D
8 B	23 C
9 E	24 C
10 B	25 C
11 A	26 A
12 B	27 D
13 C	28 A
14 C	29 D
15 B	30 B

BIBLIOGRAFIA.

1. - Engels F. El Origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado. URSS: Editorial Progreso, 1981. Págs. 25 y 82
2. - Enciclopedia Historia de México. Madrid España, Editorial Alianza, 1983. Tomo 1.
3. - Cohen Jean. Enciclopedia de la Vida Sexual. México, D. F. , Argos - Vargas, 1983.
4. - Tordjman Gilbert. Realidades y Problemas de la Vida Sexual. México, D. F. , Argos Vergara, 1975.
5. - Espota L. Laberinto de la Soledad. México, D. F. , Fondo de Cultura Económica, 1980.
6. - Reich Wilhelm. La Revolución Sexual. México, D. F. , Roca, 1976. -
7. -
8. - Foucault Michel. Historia de la Sexualidad. México, D. F. , Siglo Veintiuno Editores, 1983.
9. - Ganon John. Sexualidad y Cultura. México, D. F. , Editorial Pax. 1980. Págs. 85 y 240
10. - Carrizo B. Héctor. Sociedad, Cultura y Sexualidad. Consejo Nacional de Población. México, D. F. , 1982. Págs. 47 y 179.
11. - James Leslie. Sexualidad Humana. México, D. F. , Editorial Manual - Moderno S. A. 1976.
12. - Fromm Erich. Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea, Fondo de Cultura Económica, México, D. F. , 1976.
13. - Espinosa Ramón. El Concepto de Normal y Anormal en Sexualidad. -- Mecanograma. Centro de Orientación para Adolescentes A. C. , México, D. F. , 1980.
14. - Schollosser Raquel. Sexo y Sexualidad. México, D. F. , 1981, Trabajo Inédito.

15. - Reich William. La Lucha Sexual de los Jovenes. México, D. F. , Roca 1974.
16. - Fubken A. Silvia. La Sexualidad Humana. Consejo Nacional de Población. La Educación de la Sexualidad Humana. México, D. F. , CONAPO, 1982, Págs. 29 y 44.
17. - Carrizo B. Héctor. Sociedad Cultura y Sexualidad. Consejo Nacional de Población. La Educación de la Sexualidad Humana, México, D. F. , CONAPO, 1982, Págs. 47 y 173.
18. - Bischof S. Ledford. Interpretación de las Teorías de la Personalidad. México, D. F. , Editorial Trillas, 1983, Págs. 617 y 626.
19. - Carrizo B. Héctor. Individuo y Sexualidad. Consejo Nacional de Población. La Educación de la Sexualidad Humana, México, D. F. , CONAPO, 1982, Págs. 15 y 223.
20. - Green R. Sexualidad Humana Conceptos Básicos. Editorial Interamericana, México, D. F. , 1981.
21. - Masterh William, Johnson E. Virginia. Respuesta Sexual Humana. -- España, Editorial Interamericana, 1981.
22. - Rubio E. Auriolos. Respuesta Sexual Humana. Consejo Nacional de Población. La Educación de la Sexualidad Humana. México, D. F. , CONAPO, 1982, Págs. 155 y 183.
23. - Kaplan S. Helen. La Nueva Terapia Sexual. Madrid, Editorial Alianza, 1974.
24. - Kaplan S. Helen. Disorders Of. Sexual Desire. New York, Editorial Brunner Mazel, 1979.
25. - Rubio A. Eusebio. Las Disfunciones Sexuales, Consejo Nacional de Población, La Educación de la Sexualidad Humana, México, D. F. , CONAPO, 1982, Págs. 187 y 207.
26. - Masters W. Johnson V. Human Sexual Inadequacy. Boston USA. Brown 1970.
27. - Balk Jacobo. Variantes Sexuales. Ponencia Presentada en el 1er. Taller Básico de Sexología, México, D. F. , 1979.

28. - Rubio A. Eusebio. Parafilias, Consejo Nacional de Población. La -- Educación de la Sexualidad Humana, México, D. F. , CONAPO, 1982.
29. - Alzate Heli. Las parafilias. Revista de Sexualidad Humana y Educación Sexual, CRESALC, Agosto de 1979, Págs. 2, 7 y 32.
30. - Kinsey C. Alfred. Sexual Behaviour In The Humana Fenale. Edito-- rial Saunders Co. Philadelphia, 1953.
31. - López I. Lucio. La Educación de la Sexualidad, Consejo Nacional - de Población. La Educación de la Sexualidad Humana. México, D. F. , CONAPO, 1982, Págs. 19 y 35.